

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



**“FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA EN EL PACIENTE
CONTAGIADO CON SARS-COV-2”**

POR

DR. JUAN JESÚS MERAZ RICO

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

FEBRERO 2020

FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA EN EL PACIENTE CONTAGIADO CON SARS-COV-2

Aprobación de la Tesis:



Dr. C. Iracema Sierra Ayala
Director de Tesis
Profesor de Medicina Familiar



Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
Jefe del Departamento de Medicina Familiar



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Funcionalidad de la familia en el paciente contagiado con SARS-CoV-2

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

%

FUENTES DE
INTERNET

%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 10%

Excluir bibliografía

Activo



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. J. J.' or similar.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Eduardo' or similar.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. med. FERNANDO FÉLIX MONTES TAPIA

Secretario Académico del Área Clínica
Hospital Universitario Y Facultad de Medicina.
Presente.-

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada "Funcionalidad de la familia en el paciente contagiado con SARS-CoV-2" cuyo autor es el Doctor Juan Jesús Meraz Rico residente del Departamento de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa Turnitin, encontrando un 0% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin otro asunto por el momento, quedo de usted para cualquier duda o aclaración.

Atentamente.-

"ALERE FLAMMAM VERITATIS"

Monterrey, N. L. a 11 de Febrero de 2021


DR. EDUARDO MÉNDEZ ESPINOZA

Jefe de enseñanza de Posgrado
del Departamento de Medicina Familiar



MEDICINA FAMILIAR

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
Ave. Francisco I. Madero s/n y Ave. Gonzalitos, C.P. 64460
Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México.
Tel. 8333 3619, Conm. (81) 8389 1111 ext. 3115, 2115



AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos son a todos aquellos que han contribuido al logro de una mas de mis metas.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por la concesión de la beca-crédito.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León por impulsar la superación académica, al departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario “José Eleuterio González” por permitirme realizar mi especialidad, especial gratitud a los Dres. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera, Iracema Sierra Ayala y José Manuel Ramírez Aranda por su asesoría y apoyo durante el desarrollo de este trabajo, así como por la revisión y correcciones del mismo.

A mi familia por creer en mi primero antes que yo.

A mis amigos por conocerme, continuar siendo mis amigos y apoyarme.

DEDICATORIA

A Mis padres, Rogelio Meraz Chavez y Gregoria Rico Teneyuque que a cada vuelta de tuerca, esfuerzo y preocupación, me han dado todo lo que necesitaba. Los amo.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I. Resumen.....	8
Capítulo II. Marco teórico.....	10
Capítulo III. Planteamiento del problema	17
Capítulo IV. Justificación.....	19
Capítulo V. Objetivos.....	20
Capítulo VI. Material y métodos.....	21
1. Diseño del estudio	21
2. Delimitación temporal y espacial del estudio	21
3. Criterios de selección	22
4. Plan de trabajo	23
5. Instrumento de recolección de datos	23
6. Medición de variables	24
7. Análisis estadístico	25
8. Tamaño de muestra	26
9. Aspectos éticos y mecanismos de confidencialidad	28
10. Proceso de obtención del consentimiento informado verbal	29
Capítulo VII. Resultados	31
Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes.....	31
Tabla 2. Tipología familiar de los pacientes.	32
Tabla 3. Gravedad de la enfermedad de los pacientes.....	33
Tabla 4. Estadísticos del instrumento FACES III en nuestra población de estudio.....	34
Tabla 5. Tipología familiar por parentesco y su asociación con la cohesión y adaptabilidad de la familia.	35

Tabla 6. Severidad de la enfermedad por COVID-19 y su asociación con la cohesión y adaptabilidad de la familia.	36
Capítulo VIII. Discusión	37
Capítulo X. Referencias	44
Capítulo XI. Anexos.....	54
Anexo 1. Modelo teórico de ajuste familiar	54
Anexo 2. Tablas de calificación de cohesión y adaptabilidad.	55
Anexo 3. Tipo de familia según cohesión y adaptabilidad.....	56
Capítulo XII: Resumen autobiográfico	57

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes.....	31
Tabla 2. Tipología familiar de los pacientes.	32
Tabla 3. Gravedad de la enfermedad de los pacientes.....	33
Tabla 4. Estadísticos del instrumento FACES III en nuestra población de estudio.....	34
Tabla 5. Tipología familiar por parentesco y su asociación con la cohesión y adaptabilidad de la familia.	35
Tabla 6. Severidad de la enfermedad por COVID-19 y su asociación con la cohesión y adaptabilidad de la familia.	36

Capítulo I. Resumen

Introducción: El resultado de la flexibilidad de cada individuo puede variar de acuerdo a el tipo de estrategia y contexto, se puede hipotetizar que algo similar sucede a nivel familiar, tomando en cuenta todos los factores de interacción entre integrantes, por lo que afrontando la contingencia COVID-19, cada individuo y familia deberán determinar por si mismos las estrategias que mayor eficacia tengan para ellos poniendo atención a la demanda de acuerdo a la situación. Esto se ha determinado más importante que tener un repertorio de estrategias para mantener la adaptabilidad.

Objetivo: Determinar el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar del paciente con diagnóstico de COVID-19.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional en familias de pacientes diagnosticados con infección actual por SARS-CoV-2. Se realizó dentro de las instalaciones del campus médico de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el tercer cuatrimestre del año 2020. Se obtuvieron datos sociodemográficos de los pacientes, la tipología familiar por parentesco y se evaluó la cohesión y adaptabilidad de la familia por medio del instrumento FACES III.

Resultados: Evaluamos a 98 pacientes con diagnóstico de COVID-19 en nuestra institución, con un promedio de edad de 33.2 años, la mitad hombres y la mitad mujeres. De acuerdo con la tipología familiar, por parentesco, los principales tipos de familia identificados en pacientes con enfermedad por COVID-19 fueron nuclear simple en 72.4%, seguido de la familia extensa en 13.3% y monoparental en 8.2%.

El 63.3% de los pacientes presentaron enfermedad por COVID-19 leve, 20.4% moderada, 6.1% severa y 9.2% asintomáticos. Observamos una mayor tendencia hacia el tipo de familia con cohesión y adaptabilidad elevada, siendo por cohesión a relacionada y aglutinada, y por adaptabilidad, a flexible y caótica, sin embargo, no encontramos alguna asociación entre la tipología familiar por parentesco y la gravedad de la enfermedad por COVID-19 con la adaptabilidad y cohesión de la familia.

Conclusión: Las familias con pacientes con COVID-19 tienden a ser más caóticas y relacionadas y aglutinadas. Es importante el rol del médico de familias en el apoyo familiar y la aplicación de intervenciones familiares durante el periodo de la enfermedad, dado el enorme impacto psicosocial que conlleva y el grado de estrés y ansiedad implicados, así como la relación que tiene la enfermedad sobre los rearrreglos en la dinámica de la familia y la funcionalidad.

Capítulo II. Marco teórico

Al final del 2019 un nuevo coronavirus fue identificado en Wuhan, China, rápidamente se esparció por el mundo y en marzo del 2020 fue designada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia (1). El virus que causa COVID-19 es designado en ingles como “severe acute respiratory síndrome coronavirus 2” (SARS-CoV-2).

La pandemia por Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) es la primera en el mundo contemporáneo; han pasado momentos de perdida desde guerras, genocidios, opresión masiva y otras pandemias, pero nunca un evento tan amplio y distribuido en un mundo interconectado, donde el distanciamiento social y los procesos de duelo han estado en las mentes de las personas como lo es hoy en día (1) y conforme la enfermedad azota el mundo, hemos visto sufrir a multitudes en un periodo corto de tiempo y mientras continua comunidades, ciudades, estados mantienen las medidas sanitarias como promover a los individuos adoptar la “sana distancia” con el fin de reducir la propagación del virus.

Actualmente se han confirmado mas de 46 millones de casos de COVID-19 (3), sin embargo, estimaciones han sugerido que el numero real sea mayor, aproximadamente 10 veces el numero actual (2). Se han documentado infecciones asintomáticas en 30-40%, de los pacientes sintomáticos la mayoría de las infecciones son no severas (3); enfermedad moderada (con o sin neumonía) se

reporto en 81%, enfermedad severa (disnea, hipoxia o >50% de involucro pulmonar en estudio de imagen) se reporto en 14%, enfermedad severa (fallo pulmonar, choque o disfunción multiorgánica) se reporto en 5% (5).

Múltiples factores para enfermedad severa se han identificado, entre ellos, adultos de edad avanzada y comorbilidades tales como enfermedad cardiovascular, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad pulmonar crónica y cáncer (4) (5).

Tras una incubación del virus de 9-14 días, el 97.5% de los individuos, presentaron síntomas dentro de los 11.5 días (8); la neumonía parece ser la forma mas frecuente de manifestación con fiebre, tos, disnea e infiltrados bilaterales en los estudios de imagen (9), otros síntomas incluidos mialgias, diarrea, anosmia y disgeusia son también comunes (10).

La “sana distancia” o distanciamiento social está definida por el centro de control y prevención de enfermedades (CDC) en contexto del COVID-19 como la practica donde los individuos “mantienen una distancia de al menos 2 metros uno del otro y fuera de lugares concurridos” (6). Aunque la “sana distancia” es menos restrictiva que la cuarentena, ambas comparten elementos de alteración de la vida, miedo, repercusiones financieras e incertidumbre.

El impacto familiar es la pérdida virtual del miembro de la familia así como disminución del espacio de cada integrante; la forma mas común es el aislamiento domiciliario y evitar el contacto físico (1) para lo que se ha propuesto un modelo de estrés incierto el cual enfatiza lo desconocido como la principal causa de estrés e impacto en la funcionalidad (7).

Este estrés incierto se define como “las emociones subjetivas negativas experimentadas en respuesta a una situación desconocida”, mas que un nuevo trastorno el estrés incierto es una normalización de la respuesta a las circunstancias anormales. (8)

A pesar de los múltiples significados restrictivos, de temor e incertidumbre que puede tener el distanciamiento social, este también puede generar en la familia cambios estructurales, modificaciones en la cohesión y adaptabilidad familiar ante los retos y formas de afrontamiento ante la pandemia, siendo está considerada como un evento social único en la vida familiar.

Estudios (9) (10) han reportado la presencia de resultados negativos tales como desarrollo emocional, sintomatología física, estrés psicológico, abuso de sustancias, ansiedad, depresión y violencia por mayor estancia en casa, sobretodo entre niños y adolescentes, (11).

En contraste la cohesión familiar es un factor protector que puede aminorar los efectos negativos, específicamente cuando se enfrentan al estrés de cuidar de un familiar y estrés acumulativo (12), estudios de eventos traumáticos incluidos brotes de infecciones y recesión económica han mostrado que la mayoría de los individuos son altamente adaptativos o flexibles dado que los resultados dependen de una combinación de factores incluidos la gravedad de la exposición, contexto familiar y características comunitarias (13).

La mayoría de las personas son adaptativas incluso cuando enfrentan eventos altamente aversivos; durante brotes infecciosos se han reportado alta prevalencia de psicopatología y baja proporción de adaptación, comparado con solo eventos moderadamente aversivos (14) siendo la proporción del 60% (15).

A nivel familiar se han descrito factores protectores (16) (17) y de riesgo, entre los protectores han demostrado ser útiles en el curso actual de la epidemia (18) con el simple hecho de conocerlos tales como: optimismo, red social, estar informado, usar estrategias de distracción para divertirse y reírse, usar los medios online de comunicación (19) soporte familiar y comunicación (20).

Sin embargo, dado que muchas personas se encuentran mayor tiempo con sus familias, y no alejados, es importante considerar las formas en las que las familias se adaptarán.

De acuerdo a la teoría de doble ABCX sugerida por Hill (1949) estipula que “3 factores intervienen para generar la adaptabilidad familiar, donde (A) es el estresor, (B) los recursos familiares para afrontar la el estrés y (C) la percepción familiar del estresor” (21) anexo 1; en el caso de una pandemia el estresor es tener a un miembro de la familia con infección por SARS-CoV-2. Se han descrito demandas acumuladas que potencializan y exponen los efectos negativos del estresor en la familia previo y posterior al evento estresante (22), estos estresores dentro del contexto actual pueden incluir la preocupación por nuevos contagios en la familia, evitar la infección de otros, la logística que conlleva el aislamiento del miembro familiar contagiado, los aspectos económicos intrínsecos, la duración del aislamiento, por lo tanto la pandemia COVID-19 podría representa una carga a las vidas individuales y familiares que tiene similitud con las familias cuyos integrantes tienen condiciones crónicas de salud, en la forma de estrés psicológico aumentado, aumento de caos y conflicto familiar (23).

Según el modelo de doble ABCX de Hiill (1949) “no es el propio estresor sino los otros dos factores que determinaran el ajuste familiar (recursos disponibles y la percepción familiar)”, el cual puede aplicarse a la familia durante la contingencia actual. Estos dos factores varían dependiendo de las características de la familia como un todo, de los cuales hay 3 principales identificados, soporte familiar o cohesión, adaptabilidad y comunicación (24).

La adaptabilidad familiar como sistema se fundamenta en parte en la flexibilidad psicológica de cada integrante de la familia, la cual es conceptualizada como el conjunto de destrezas y habilidades individuales que pueden usar para responder a retos mentales, sentimientos y experiencias difíciles (generando tolerancia y asumir retos que permitan una perspectiva amplia) que son críticos para desarrollar y mantener un ambiente favorable en muchos aspectos de la vida (25) sobretodo en interacciones familiares (26); aun la inflexibilidad que empíricamente se denota negativo, análisis (27) (28) han demostrado una correlación moderada, sugiriendo que los individuos podrían ser bimodales, variando de acuerdo al contexto y situaciones específicas.

Para asentar el comportamiento de forma contextual a la dinámica familiar, se aplica la teoría de sistemas familiares (29) en la que existen subsistemas dentro de sistemas mas amplios en la unidad familiar, que interactúan e influyen unos a otro como un todo (29). Estresores ambientales (cambio de estatus, perdida de la salud etc.) se han vinculado con el funcionamiento familiar global (30).

La hipótesis del “derramamiento” (spillover en ingles) consiste en que estresores externos múltiples afectan la dinámica (31) del subsistema conyugal y paterno filial la cual separa la familia y entra en retroalimentación positiva (32).

Trayendo esto al contexto de la pandemia, donde una figura parental mas inflexible quien de pronto es arrastrada a una situación de home office, un miembro infectado,

hijos con sus respectivos cuidados, el cambio mas inmediato sería el caos, combatiendo para ajustarse a tareas nuevas por el miembro infectado. Esta cascada de estresores que permea a través de varios niveles en la unidad familiar es lo que denota la conceptualización de “derramamiento” en el sistema familiar.

Capítulo III. Planteamiento del problema

Las prácticas de distanciamiento social durante la contingencia por COVID-19 están ocasionando estragos sociales a larga escala produciendo resultados sanitarios negativos (33); tales como separación de los seres queridos, pérdida de la libertad, incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y los largos periodos de ocio pueden ser estresantes resultando en efectos dañinos (33) para la familia; tal impacto en la sociedad y familia no está bien entendido, pero indudablemente generará la necesidad y oportunidad para nuevo conocimiento no solo en las ciencias básicas ligadas a prevención primaria, sino en el ámbito psicosocial (7).

Cientos de personas han tenido que distanciarse de sus trabajos, escuelas, comunidades de forma abrupta por el distanciamiento social, creando una pérdida ambigua en la que la forma prevalente suele ser la ausencia física y permanencia psicológica de las actividades (34). Mientras se desarrolla la epidemia el deseo y expectativa de las personas se centra al futuro inmediato y a la “nueva normalidad” creando un fenómeno llamado “duelo anticipado”; sin embargo anticipada o no la pérdida, las reacciones son reales (35) y pueden afectar el sistema familiar.

El resultado de la flexibilidad de cada individuo puede variar de acuerdo a el tipo de estrategia y contexto (36), se puede hipotetizar que algo similar sucede a nivel familiar, tomando en cuenta todos los factores de interacción entre integrantes, por lo que afrontando la contingencia COVID-19, cada individuo y familia deberán determinar por si mismos las estrategias que mayor eficacia tengan para ellos

poniendo atención a la demanda de acuerdo a la situación. Esto se ha determinado más importante que tener un repertorio de estrategias para mantener la adaptabilidad (14).

Pregunta de investigación

¿Cuál es el funcionamiento familiar en las familias de pacientes con infección por SARS-CoV-2?

Capítulo IV. Justificación

La epidemia y las restricciones sanitarias para evitar su propagación han creado un fenómeno socio-familiar jamás antes visto a tal magnitud, en la cual el núcleo familiar, está siendo sometido a estresores que cambian la dinámica y las relaciones en el núcleo familiar siendo esto una amenaza para la integridad del sistema; para ofrecer una atención ante la familia del paciente diagnosticado con COVID-19 se ha propuesto este estudio y determinar la cohesión y adaptabilidad en la familia del paciente contagiado con SARS-CoV-2 (7).

Capítulo V. Objetivos

Objetivo principal

Determinar el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar del paciente contagiado con SARS-CoV-2

Objetivos específicos

- 1.- Establecer qué tipo de familia es más frecuente.
- 2.- Indicar qué tipo de funcionalidad es más frecuente en las familias.
- 3.- Determinar si la edad del paciente es un factor para la funcionalidad.

Capítulo VI. Material y métodos

1. Diseño del estudio

Estudio descriptivo, transversal, observacional en familias de pacientes diagnosticados con infección actual por SARS-CoV-2.

2. Delimitación temporal y espacial del estudio

Delimitación espacial

Este estudio se realizó dentro de las instalaciones del campus médico de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Delimitación temporal

La investigación se desarrolló en el tercer cuatrimestre del 2020.

3. Criterios de selección

1. Criterios de inclusión

- a. Tipología familiar nuclear, extensa o monoparental.
- b. Familia de paciente cursando con infección por SARS-CoV-2 mayores de 18 años con y sin comorbilidades.

2. Criterios de exclusión

- a. Familia de paciente que se encuentra hospitalizado.
- b. Familia de paciente que ha fallecido a causa de neumonía por SARS-CoV-2.
- c. Familia que rechace el consentimiento informado.

3. Criterios de eliminación

- a. Formularios incompletos

4. Plan de trabajo

El instrumento es el cuestionario FACES III y fue aplicado por personal medico del equipo de investigación, en formato electrónico quienes recibieron capacitación sobre:

- 1.- Aspectos conceptuales de sistemas familiares
- 2.- Como entrenamiento en la administración de dicho instrumento. El entrenamiento incluye la auto aplicación de este y ensayo de dicha aplicación, quienes retroalimentaron los ensayos junto con el resto del equipo de investigación.
- 3.- medidas de protección de acuerdo con recomendaciones sanitarias actuales.

Se llevo a cabo la investigación en el campus médico de la Universidad Autónoma de Nuevo León y áreas comunes de forma incidental a integrantes de familia de paciente que curse con SARS-CoV-2, donde se invitó a quienes cumplan con criterios de selección.

5. Instrumento de recolección de datos

Se aplicó un cuestionario que constará con las siguientes secciones:

- I.- Aspectos sociodemográficos (del paciente y la familia).
- II.- Cuestionario FACES III.

6. Medición de variables

Se utilizó el instrumento FACES III, el cual es una escala auto aplicada de 20 reactivos tipo Likert con 5 opciones; 1= nunca, 2= casi nunca, 3= algunas veces, 4= casi siempre, 5= siempre. El instrumento está validado al español (37) logrando una fiabilidad de 70% y un alfa de Cronbach = 70%. A su valor de referencia, se establecieron 8 preguntas para cohesión, que corresponden a ítems impares y 6 para adaptabilidad, ítems pares.

El puntaje total del instrumento consiste en la suma total de los reactivos de cohesión y adaptabilidad donde se cotejan en las amplitudes de clase de acuerdo con el anexo 2. Los resultados se cartografiarán en la matriz del anexo 3 para clasificar a la familia.

Se obtuvo información sociodemográfica de los sujetos consistentes en edad, sexo, escolaridad, estado civil, tipo de ingreso económico, lugar de residencia, estructura familiar, tipo de localidad y grado de severidad del paciente contagiado con SARS-CoV-2.

7. Análisis estadístico

Se utilizó el programa IBM SPSS en su versión mas reciente para Windows (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) donde se calcularán las frecuencias de las diferentes variables estudiadas. Se realizó un análisis estadístico consistente en la descripción de la funcionalidad familiar en base a los 3 tipos de familia mas comunes (Nuclear, Extensa y monoparental).

Se analizó la frecuencia de las familias de pacientes contagiados con SARS-CoV-2 y su clasificación de acuerdo con la tabla 3 en la población total y por cada grupo de edad. se utilizará Chi cuadrada para valorar la asociación entre las diferentes variables categóricas siendo un valor significativo de $p < .05$ con un IC=95%.

Se analizó la frecuencia de los datos sociodemográficos por sexo y grupo de edad.

8. Tamaño de muestra

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra a partir de una fórmula de estimación de una proporción a partir de una población infinita, con una prevalencia estimada del 60% de presencia de conexión y flexibilidad de acuerdo con la escala de FACES III (43) en pacientes con COVID-19, una precisión del 10%, un poder del 97.5% y un nivel de significancia a una cola del 0.05, se requieren al menos 96 pacientes en el estudio.

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINITA					
$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$					
		al cuadrado			
valor Z	1.96	3.8416			
valor p	0.50			n=	96.04
valor q	0.50				
valor δ	0.10	0.01			

N= Total de la población.

p= Proporción esperada de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

$Z\alpha$ = distancia de la media del valor de significación propuesto.

Poder ($1-\beta$) %	Valor Z	Nivel de significación (α)	
		Una cola	Dos colas
99.0	2.33	0.01	0.02
97.5	1.96	0.025	0.05
95.0	1.64	0.05	0.1
90.0	1.28	0.1	0.2
85.0	1.04	0.15	0.3
80.0	0.84	0.2	0.4
75.0	0.67	0.25	0.5
70.0	0.52	0.3	0.6
60.0	0.25	0.4	0.8

9. Aspectos éticos y mecanismos de confidencialidad

Se aplicó un consentimiento informado verbal a los familiares de pacientes para la participación en el estudio donde se les explico la finalidad del estudio. Los datos obtenidos serán resguardados para mantener la confidencialidad de los sujetos de investigación, y serán de acceso solamente por el equipo de investigación; de tener existir más dudas podrán acercarse al Investigador Principal o al Comité de Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Los datos del sujeto en investigación fueron resguardados por medio de las iniciales del individuo y un folio individual asignado a cada uno de ellos. El sujeto de investigación es libre de rechazar o retirar su consentimiento informado sin penalización alguna por parte del equipo de investigación. Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989, y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

10. Proceso de obtención del consentimiento informado verbal

Debido a la naturaleza descriptiva del estudio y de bajo riesgo, así como protección tanto al entrevistado como entrevistador, se llevará a cabo un consentimiento verbal, explicando lo siguiente:

- a) El procedimiento de la investigación, incluyendo las características generales y la duración de la aplicación del instrumento, advirtiéndoseles que algunas preguntas podrían ser molestas.
- b) La posibilidad de no aceptar participar en la investigación o de retirarse durante la misma sin que ello conlleve repercusiones.
- c) El anonimato en la contestación y el mantenimiento de los cuestionarios aplicados en un lugar reservado.
- d) A cabo el consentimiento informado escrito para que los sujetos invitados conozcan la intención del estudio, los objetivos, los beneficios y riesgos del estudio.
- e) La independencia de la investigación con respecto a su proceso educativo.

La duración del estudio fue de 6 semanas.

El sujeto tiene el derecho de solicitar aclaraciones en cualquier momento acerca del estudio, y se le proporcionó el número de contacto del médico para poder recibir retroalimentación de las indicaciones en el estudio. También, se apoyó al paciente a contestar los cuestionarios, prestando cuidado de no influir o ejercer cohesión hacia la dirección de las respuestas. El médico que se encuentre en el estudio revisa que toda la información sea contenida, evitando así que los datos estén incompletos.

En caso de que aplique, al finalizar la aplicación del instrumento, se continuó con la consulta de forma regular, y todos los datos sociodemográficos y de antecedentes del paciente se recabarán debidamente.

Se resguardarán los datos recabados en una carpeta regulatoria y en una base de datos de Google Forms 2020 y Excel 2019

Capítulo VII. Resultados

Se encuestaron 98 pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el campus del Hospital Universitario “José Eleuterio Gonzalez”. La media de edad de los pacientes fue 33.2 ± 13.7 años, 49 (50%) eran mujeres y 49 (50%) hombres. La mayoría de los pacientes tenían licenciatura (77.6%) y eran solteros (57.1%) o casados (38.8%). La mayoría de los pacientes tenían un empleo fijo (62.2%) o propio (18.4%). Las características de los pacientes se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes.

Variable	
Edad al diagnóstico (años)	33.2 \pm 13.7
Sexo	
Hombre	49 (50%)
Mujer	49 (50%)
Escolaridad	
Primaria	2 (2%)
Secundaria	6 (6.1%)
Preparatoria	14 (14.3%)
Licenciatura	76 (77.6%)
Estado civil	
Soltero	56 (57.1%)
Casado	38 (38.8%)
Divorciado	3 (3.1%)
Unión libre	1 (1%)
Ingreso económico	
Empleo fijo	61 (62.2%)
Empleo propio	18 (18.4%)
Empleo ocasional sin contrato	12 (12.2%)
Jubilado	7 (7.1%)

Por parentesco, el tipo de familia más frecuente fue la nuclear simple en 71 (72.4%) pacientes, seguido de familia extensa en 13 (13.3%) y monoparental en 8 (8.2%). Todos los pacientes pertenecían a una familia urbana (tabla 2).

Tabla 2. Tipología familiar de los pacientes.

Tipología familiar	
Por parentesco	
Nuclear simple	71 (72.4%)
Extensa	13 (13.3%)
Monoparental	8 (8.2%)
Nuclear	3 (3.1%)
Monoparental extendida	1 (1%)
Monoparental extendida compuesta	1 (1%)
No parental	1 (1%)
Por demografía	
Urbana	98 (100%)
Rural	0 (0%)

De acuerdo con la gravedad de la enfermedad, la mayoría tenían enfermedad leve (64.3%), seguido de enfermedad moderada (20.4%) (tabla 3).

Tabla 3. Gravedad de la enfermedad de los pacientes.

Gravedad de la enfermedad	
Asintomático	9 (9.2%)
Leve	63 (64.3%)
Moderada	20 (20.4%)
Severa	6 (6.1%)

De acuerdo con el instrumento FACES III, por cohesión, el tipo de familia más frecuente fue la familia relacionada en 42.9%, y la menos frecuente, la familia no relacionada (12.2%); y por adaptabilidad, la más frecuente fue la familia caótica en 54.1%, y la menos frecuente, la rígida (4.1%) (tabla 4).

Tabla 4. Estadísticos del instrumento FACES III en nuestra población de estudio.

FACES III	
Cohesión	
Puntaje	41.3 ± 5.3
Tipo de familia	
No relacionada	12 (12.2%)
Semirelacionada	23 (23.5%)
Relacionada	42 (42.9%)
Aglutinada	21 (21.4%)
Adaptabilidad	
Puntaje	29.0 ± 5.6
Tipo de familia	
Rígida	4 (4.1%)
Estructurada	12 (12.2%)
Flexible	29 (29.6%)
Caótica	53 (54.1%)

Al relacionar el tipo de familia por parentesco con el tipo de familia por cohesión y adaptabilidad, no encontramos alguna relación estadísticamente diferente ($P = 0.957$ y $P = 0.78$, respectivamente).

Tabla 5. Tipología familiar por parentesco y su asociación con la cohesión y adaptabilidad de la familia.

	Nuclear	Monoparental	Extensa u otra	<i>P</i>
Cohesión				0.957
No relacionada	9 (12.2%)	1 (10%)	2 (14.3%)	
Semirelacionada	17 (23%)	2 (20%)	4 (28.6%)	
Relacionada	33 (44.6%)	5 (50%)	4 (28.6%)	
Aglutinada	15 (20.3%)	2 (20%)	4 (28.6%)	
Adaptabilidad				0.78
Rígida	3 (4.1%)	0 (0%)	1 (7.1%)	
Estructurada	11 (14.9%)	1 (10%)	0 (0%)	
Flexible	21 (28.4%)	3 (30%)	5 (35.7%)	
Caótica	39 (52.7%)	6 (60%)	8 (57.1%)	

Tampoco encontramos una relación entre la severidad de la enfermedad por COVID-19 y la cohesión y adaptabilidad de la familia de acuerdo con el instrumento FACES III ($P = 0.34$ y $P = 0.184$, respectivamente).

Tabla 6. Severidad de la enfermedad por COVID-19 y su asociación con la cohesión y adaptabilidad de la familia.

	Asintomático	Leve	Moderado	Severa	<i>P</i>
Cohesión					0.34
No relacionada	1 (11.1%)	7 (11.1%)	4 (20%)	0 (0%)	
Semirelacionada	4 (44.4%)	14 (22.2%)	3 (15%)	2 (33.3%)	
Relacionada	2 (22.2%)	32 (50.8%)	6 (30%)	2 (33.3%)	
Aglutinada	2 (22.2%)	10 (15.9%)	7 (35%)	2 (33.3%)	
Adaptabilidad					0.184
Rígida	2 (22.2%)	1 (1.6%)	1 (5%)	0 (0%)	
Estructurada	0 (0%)	10 (15.9%)	2 (10%)	0 (0%)	
Flexible	2 (22.2%)	17 (27%)	7 (35%)	3 (50%)	
Caótica	5 (55.6%)	35 (55.6%)	10 (50%)	3 (50%)	

Capítulo VIII. Discusión

La dinámica familiar, como todo proceso en el desarrollo, no es lineal y ascendente, sino, es un proceso que en muchas ocasiones puede resultar en cambios e su estructura y funcionamiento secundario a situaciones que fungen como generadoras de estrés (39).

Cada una de estas situaciones influyen particularmente en la familia de acuerdo con su historia, su propia dinámica y el grado de significancia que tiene de acuerdo con la asignación al evento o situación, y de los recursos con los que se cuenta para enfrentar dicha situación estresante. Por ello, las tareas que debe completar la familia se relacionan al enfrentamiento de la situación, y el tipo de crisis se le conoce como no transitoria, no normativa o paranormativa (39).

Las crisis no normativas son aquellos cambios o transformaciones que experimenta la familia, que pueden ocurrir en cualquier etapa del desarrollo, y que no se adjudican al algún periodo normal del ciclo vital, sino a hechos situaciones o accidentales (40).

La incertidumbre seria y la brusquedad de una enfermedad o lesión crítica de un miembro de la familia puede ocasionar estrés abrumante para la familia. La acumulación de estresores en la familia puede conllevar a patrones de comportamiento no saludables que pueden amenazar la integridad a la familia (41).

En el caso de situaciones estresantes, la familia se adapta y la dinámica familiar se modifica dependiendo del grado de severidad de la situación que provoca dicha modificación. La familia provee apoyo esencial a los pacientes durante y después de la crisis. Además, tras un alta temprana de pacientes enfermos de manera más aguda, las familias deben proveer atención a las necesidades que requiera el paciente (42). Las familias deben recibir apoyo a través de intervenciones familiares para mejorar los comportamientos adaptativos y desviar los comportamientos insalubres que conduzcan a la maladaptación (43).

Por medio de este trabajo, durante la pandemia por SARS-CoV-2, nos propusimos a determinar el nivel de cohesión adaptabilidad de la familia del paciente contagiado con SARS-CoV-2.

Evaluamos a 98 pacientes con diagnóstico infección por SARS-CoV-2 en nuestra institución, con un promedio de edad de 33.2 años, la mitad hombres y la mitad mujeres. La mayoría de los pacientes tenían una escolaridad media a superior (91.9%), eran solteros (57.1%) o casados (38.8%) y tenían un empleo de algún tipo (92.9%).

De acuerdo con la tipología familiar, por parentesco, los principales tipos de familia identificados en esta población fueron nuclear simple en 72.4%, seguido de la familia extensa en 13.3% y monoparental en 8.2%. Todos los pacientes pertenecían a una familia urbana.

Encontramos a 63.3% paciente con gravedad leve de la enfermedad por COVID-19, 20.4% con gravedad moderada, 6.1% severa y 9.2% eran asintomáticos.

De acuerdo con el instrumento FACES III, encontramos los siguientes hallazgos. Por cohesión, las familias relacionadas fueron las más frecuentes en 42.9%. Las familias semirrelacionadas y aglutinadas ocupaban alrededor de la cuarta parte de los pacientes (23.5% y 21.4%, respectivamente). La familia menos frecuente fue la no relacionada, en 12.2%.

Por adaptabilidad, encontramos que la familia más frecuente en esta población fue la familia caótica en 54.1%, seguido de flexible en 29.6%, estructurada en 12.2% y rígida en 4.1%.

En nuestro trabajo no encontramos alguna asociación entre la tipología familiar por parentesco y la gravedad de la enfermedad por COVID-19 con la adaptabilidad y cohesión de la familia.

Como hallazgo interesante en nuestro trabajo, encontramos una tendencia de cohesión y adaptabilidad elevada, siendo por cohesión a relacionada y aglutinada, y por adaptabilidad, a flexible y caótica.

De acuerdo con el modelo circuplejo de Sistemas familiares y Maritales de Olson (44,45), se sostiene que la cohesión, flexibilidad y comunicación son las tres

principales dimensiones que definen el constructo del funcionamiento familiar. Por cohesión, se entiende al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia y por flexibilidad, a la magnitud de cambio de roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. Estas dos pueden constituir un indicador del tipo de funcionamiento predominante en la familia, de tipo de extremo, rango medio o balanceado (anexo 2). Cuando existe un balance familiar, el sistema familiar tiende a ser más funcional y facilita el funcionamiento, pero en los extremos, la familia tiende a observar dinámicas más problemáticas mientras atraviesa el ciclo vital (44,45).

De forma general, no observamos que el tipo de familia y la severidad de la enfermedad aumentara la cohesión o adaptabilidad de alguna manera, sin embargo, observamos que en la población con infección por SARS-CoV-2 podría existir un aumento de ambas, con una tendencia a la aglutinación y caos, para poder manejar la situación familiar por la que sucede, en medio de una crisis de pandemia mundial. Por lo que un estudio comparativo se pone como propuesta para indagar en el efecto sobre la familia.

Ya se reconoce que existe un impacto emocional en la familia tras la presencia de pacientes críticamente enfermos en el núcleo, principalmente con el aumento de la estancia en cuidados intensivos (46). En el caso de la pandemia por COVID-19, se ha observado también un papel importante del distanciamiento físico en la dinámica familiar, de tal forma que se ha observado una disminución del apoyo de las redes

formales e informales, clima de tensión sostenido, distribución no equitativa de los roles con sobrecarga femenina, la aparición recurrente de conflictos y cambios en las rutinas cotidianas. Además, en familias con tendencia a la disfuncionalidad previa a la crisis no mejoró su funcionalidad con la crisis, y los integrantes de estas familias se han identificado como más vulnerables ante eventos de este tipo, sobre todo en familias monoparentales y en hogares unipersonales, por contar con menos apoyo instrumental (47). Sin embargo, la manera en que las familias trabajan en cómo afrontar la crisis pueden jugar un papel benéfico en la dinámica familiar (48).

En otras enfermedades, como la infección por VIH, se ha visto una tendencia a menor cohesión de la familia, pero mayor adaptabilidad, y aquellas familias rígidas y no relacionadas presentan peor calidad de vida (49). Sin embargo, en este tipo de infecciones, por la cronicidad de esta, la familia tiene oportunidad de prepararse para la posibilidad de desenlaces clínicos pobres futuros. Contrario a esto, en el caso de diagnósticos abruptos, puede existir algún tipo de arreglo de la dinámica familiar similar a lo presentado por la enfermedad por COVID-19, sobre todo dependiendo de la severidad de la asociación de la infección.

Similar a nuestro trabajo, Alvia Macías et al. han encontrado que en enfermedades diarreicas, la familia aglutinada-caótica tiende a prevalecer sobre los demás tipos familiares y que el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar se correlaciona con el nivel de conocimiento de las enfermedades diarreicas, por lo que es posible que

exista alguna modificación de la dinámica familiar por medio de intervenciones educativas para la familia (50).

En un estudio anterior por Clover et al. se ha encontrado que la dinámica familiar y la disfunción de la familia pueden aumentar la prevalencia de infecciones, como la infección de influenza B, con la hipótesis de que la disfuncionalidad familiar puede alterar la respuesta inmune, aumentando la susceptibilidad de la infección (51). Esto puede ser relevante, sobre todo en un panorama previo a la infección por COVID-19, porque más que la respuesta a la infección que puede presentar una persona, - dado que- la familia puede influir en las medidas sanitaria que se aplican, promoviendo un mayor apoyo en la familia y la activación de recursos familiares.

Además, existe una importante relación entre factores psicosociales y el inicio o progreso de enfermedades agudas de tracto respiratorio, y entre las variables que más afectan los desenlaces de los pacientes se encuentra el estrés percibido, el afecto negativo, la ansiedad y depresión (52).

Dado lo anterior, es importante el rol del médico familiar en el apoyo y la aplicación de intervenciones familiares a partir del diagnóstico de la enfermedad, el seguimiento, en la recuperación y en el futuro, sobre todo en familias con especial vulnerabilidad o familias con pacientes hospitalizados, con mayor severidad de la enfermedad, dado el enorme impacto psicosocial que conlleva la enfermedad y el

grado de estrés y ansiedad implicados, así como la relación que tiene la enfermedad sobre los rearrreglos en la dinámica de la familia y la funcionalidad (52).

Capítulo IX. Conclusión

De acuerdo con la tipología familiar, por parentesco, los principales tipos de familia identificados en pacientes con enfermedad por COVID-19 fueron nuclear simple en 72.4%, seguido de la familia extensa en 13.3% y monoparental en 8.2%. Todos los pacientes pertenecían a una familia urbana.

Encontramos a 63.3% paciente con gravedad leve de la enfermedad por COVID-19, 20.4% con gravedad moderada, 6.1% severa y 9.2% eran asintomáticos.

Observamos una mayor tendencia hacia el tipo de familia con cohesión y adaptabilidad elevada, siendo por cohesión a relacionada y aglutinada, y por adaptabilidad, a flexible y caótica, sin embargo, no encontramos alguna asociación entre la tipología familiar por parentesco y la gravedad de la enfermedad por COVID-19 con la adaptabilidad y cohesión de la familia.

Es importante el rol del médico de familias en el apoyo familiar y la aplicación de intervenciones familiares a partir del diagnóstico de la enfermedad, el seguimiento, en la recuperación y posteriormente, dado el enorme impacto psicosocial que

conlleve la enfermedad y el grado de estrés y ansiedad implicados, así como la relación que tiene la enfermedad sobre los rearrreglos en la dinámica de la familia y la funcionalidad.

Capítulo X. Referencias

1. Lebow JL. Family in the age of COVID-19. Family process. 2020;: 1-4.
2. stringhini s, wisniak a, piumatti g, azman as, baysson h, petrovic d, et al. seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in geneva, switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. lancet. 2020 agosto; 1(396): 313-319.
3. Wang d, Hu B, Zhu f, liu x, wang b, li y. clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in wuhan, china. JAMA. 2020 marzo; 17(323): 1061-1069.
4. Mcgoogan jM, Wu Z. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020 abril; 7(323): 1239-1242.

5. liu k, fang yy, liu w, ma jp, xiao w, zhong mh. Clinical characteristics of novel coronavirus cases in tertiary hospitals in Hubei Province. Chin Med J. 2020 mayo; 133(9): 1025-1031.
6. Center for disease control and prevention. CDC. [Online].; 2020 [cited 2020 abril 13. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>.
7. Behar-Zusman V, vanessa-chavez J, gattamorta K. Developing a Measure of the Impact of COVID-19 Social Distancing on Household Conflict and Cohesion. Family process. 2020 julio 4;; doi:10.1111/famp.12579.
8. Bertuccio F. R, C. Runion M. Considering Grief in Mental Health Outcomes of COVID-19. American psychological association. 2020 junio; 12(s1): 87-89 DOI: 10.1037/tra0000723.
9. Catala Miñana A, lila M, oliver a, Vivo jm, garcia e. Contextual factors related to alcohol abuse among intimate partner violence offenders. revista medica. 2016 octubre; 01(08): 2-7.
10. Chen E, brody GH, miller GE. childhood close family relationships and health. Am Psychol. 2017 septiembre; 72(6): 555-566.

11. Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. Elsevier. 2020 abril; 2(An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives): DOI: 10.1016/j.fsir.2020.100089.

12. Barsanti i, bongioanni p, tramonti f. A permanent emergency: a longitudinal study on families coping with amyotrophic lateral sclerosis. the journal of collaborative family health. 2014 abril; 32(3): 271-9 doi: 10.1037/fsh0000032.

13. George A. Bonanno SG. What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role of Demographics, Resources, and Life Stress. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2007; 75(5): 671-82 DOI: 10.1037/0022-006X.75.5.671.

14. Shuquan c, Bonanno A. G. Psychological Adjustment During the Global Outbreak of COVID-19: A Resilience Perspective. American psychological association. 2020; 12(1): 51-54 DOI: 10.1037/tra0000685.

15. Bonanno GA, Bucciarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? the role of demographics, resources and life stress. journal of consulting and clinical psychology. 2007; 75(5): 671-682.

16. Walsh F. The concept of family resilience: crisis and challenge. family process. 1996 septiembre; 35: 261-281 DOI: 10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x.
17. Baojuan J, Hohjin I, Mifang L, Xinquiang W, Qiang Y. Perceived stress and insomnia under the period of COVID-19: the mediating role of sense of security and the moderatign role of family cohesion. PsyArXiv. 2020 agosto; 1: 2-5.
18. Isaac Galatzer levy gb. Optimism and Death: Predicting the Course and Consequences of Depression Trajectories in Response to Heart Attack. Psychological Science. 2014 octubre; 25(12): 2177-2188 DOI: 10.1177/0956797614551750.
19. Kyle Bernstein jAMtJBEa. Television Watching and the Risk of Incident Probable Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Evaluation. the journal of nervous and mental disease. 2007 enero; 195(1): 41-47 DOI: 10.1097/01.nmd.0000244784.36745.a5.
20. Paula Caligiuri MHAB. testing a theoretical model for examining the relationship between family adjustment and expatriates' work adjustment.

Journal of applied psychology. 1998; 83(4): 598-614 DOI: 10.1037/0021-9010.83.4.598.

21. Hamilton I. McCubbin JMP. the family stress process. Marriage & Family Review. 1983; 6(1-2): 7-37 DOI: 10.1300/J002v06n01_02.

22. Marsha Wiggins Frame cls. Frame, M. W., & Shehan, C. L. (1994). Work and Well-Being in the Two-Person Career: Relocation Stress and Coping among Clergy Husbands and Wives. family relations. 1994; 43(2): 196 DOI: 10.2307/585323.

23. moore cw, Paula KR, lee b, william Fp, anna Cm. parentin changes in adults with cancer. psychosocial oncology. 2015 mayo; 4(23): 3551-3556.

24. David H. Olson ea. Circumplex model of marital and family systems. journal of family therapy. 1989 junio; 22(2): 147-167 DOI: 10.1111/1467-6427.00144.

25. Kashdan tb, torrenberg j. psychological flexibility as fundamental aspect of health. elsevier. 2010; 30: 865-878.

26. Macdonald E., Richard ph, fitzsimons e. Psychological Acceptance Mediates the Impact of the Behaviour Problems of Children with Intellectual

Disability on Fathers' Psychological Adjustment. journal of applied research in intellectual disabilities. 2010; 23: 27-37.

27. Rogge Dr, Daks Sj, Dubler BA. It's all about the process: Examining the convergent validity, conceptual coverage, unique predictive validity, and clinical utility of ACT process measures. journal of contextual behavioral science. 2019 octubre; 24(7): 3-10.

28. Rolffs jl, Rogge RD, wilson G. Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex Model: Development and Validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). assessment. 2016; 25: 458.

29. Peltz js, RoggeR D., sturge-apple ml. Transactions within the family: Coparenting mediates associations between parents' relationship satisfaction and the parent-child relationship. journal of family psychology. 2018 junio; 32(5): 553-564.

30. allen TD, herst dEL, bruck cS, sutton m. Consequences Associated With Work-to-Family Conflict: A Review and Agenda for Future Research. journal of occupational health psychology. 200 mayo; 5: 278-308.

31. Conger RD, conger KJ. Family Process Model of Economic Hardship and Adjustment of Early Adolescent Boys. child development. 1992;(63): 526-541.

32. Conger RD, Mcloyd v, brody g, yumei sun lew. Economic Pressure in African American Families: A Replication and Extension of the Family Stress Model. *developmental psychology*. 2020; 38(2): 179-193.
33. Banerjee S, Burkholder g, Sana B. Social isolation as predictor for mortality: implications for COVID-19 prognosis. *MedRxiv*. 2020 abril; 18: 1-3.
34. Boss P. The Trauma and Complicated Grief of Ambiguous Loss. *Pastoral psychology*. 2009 noviembre; 59: 137-145 DOI: 10.1007/s11089-009-0264-0.
35. Cara L. Wallace SwAGPw. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *journal of pain and symptom management*. 2020 julio; 76: DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012.
36. George A. Bonanno Apklea. The Importance of Being Flexible: The Ability to Both Enhance and Suppress Emotional Expression Predicts Long-Term Adjustment. *psychological science*. 2014 julio; 15(7): 482-487 DOI: 10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x.
37. Ponce Rosas ER, Gomez Clavelina FJ, Teras Trillo M, Irigoyen Coria AE. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Elservier*. 2002 Diciembre; 30(10): 624-630.

38. Klineberg E. Is loneliness a health epidemic? New York Times. 2018 febrero;(1): 1-5.
39. González Benítez I. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3).
40. Patterson J. Families experiencing stress family. Syst Med 1988;6(2):200-30.
41. Kleeman KM. Family systems adaptation. 1n Cardona VD. et al-eds. Trauma Nursing: From resuscitation through rehabilitation. Philadelphia. Saunders Co.. 1994;199-219.
42. McShane RE. Family theoretical perspectives and implications for nursing practice. AACN Clinical issues in Critical Care Nursing 1991; 2(2)210-9.
43. McClowry SG. Family functioning during a critical illness: A systems theory perspective. Family Issues in Critical Care 1992;4(4)559-64.
44. Olson, D.H. Circumplex model of Marital and Family Systems, Journal of Family Therapy 2000; 22: 144-167.

45. Olson, D.H., Russell, C., Sprenkle, D.H. Circumplex Model of Marital and Family Systems II: Empirical studies and clinical intervention. *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory* 1989; 1:129-176.
46. Kleiber C, Halm M, Titler M, Montgomery LA, Johnson SK, Nicholson A, et al. Emotional responses of family members during a critical care hospitalization. *Am J Crit Care* (1994) 3 (1): 70–76.
47. Vera Vergara V, Pérez León MV, López Bauta A, Martínez Debs L, Quintosa Puebla Y. Funcionamiento Familiar Durante La Pandemia: Experiencias Desde El Psicogrupo Adultos Vs COVID-19. *Rev Cub Psicol* 2020;2(2)
48. Poalasin Bosmediano GA, Moreno Duque IN. Estrategias de afrontamiento familiar frente a la crisis socioeconómica producto del confinamiento en el contexto COVID19. Caso de estudio de seis familias correspondientes al cantón Daule y de la ciudad de Guayaquil.. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil 2020.
49. Peña Trigueros BI. Asociación de calidad de vida, cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con VIH en Veracruz. Universidad Veracruzana 2017.

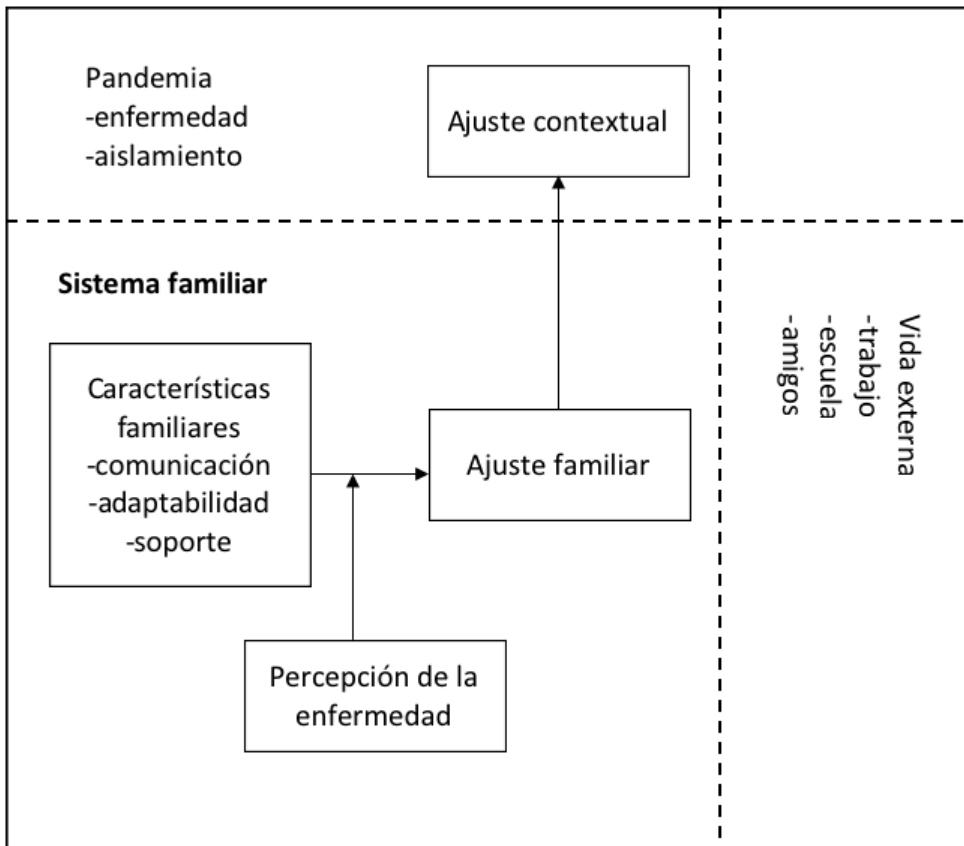
50. Alvia Macías KP, Andrade Farfán ME. "Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de la enfermedad diarreica aguda contemplada en la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en el cantón Montecristi, durante los meses de septiembre a noviembre del 2016". Pontificia Universidad Católica de Ecuador 2016.

51. Clover RD, Abell T, Becker LA, Crawford S, Ramsey Jr CN. Family Functioning and Stress as Predictors of Influenza B Infection. J Fam Pract 1989;28(5):535-39.

52. Falagas ME, Karamanidou C, Kastoris AC, Karlis G, Rafailidis PI. Psychosocial factors and susceptibility to or outcome of acute respiratory tract infections [Review article]. Int J Tuberculosis Lung Dis 2010;14(2):141-48

Capítulo XI. Anexos

Anexo 1. Modelo teórico de ajuste familiar



Anexo 2. Tablas de calificación de cohesión y adaptabilidad.

Cohesión	Amplitud de clase	Adaptabilidad	Amplitud de clase
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semirrelacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

Anexo 3. Tipo de familia según cohesión y adaptabilidad.

		Adaptabilidad			
Cohesión		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
	No relacionada	Rígida no relacionada	Estructurada no relacionada	Flexible no relacionada	Caótica no relacionada
	Semi-rrelacionada	Rígida semi-rrelacionada	Estructurada semi-rrelacionada	Flexible semi-rrelacionada	Caótica semi-rrelacionada
	relacionada	Rígida relacionada	Estructurada relacionada	Flexible relacionada	Caótica relacionada
	Aglutinada	Rígida aglutinada	Estructurada aglutinada	Flexible aglutinada	Caótica aglutinada

Balanceado	Rango medio	Extremo
------------	-------------	---------

Capítulo XII: Resumen autobiográfico

Juan Jesús Meraz Rico

Candidato para obtener el grado de

Especialista en Medicina Familiar

Universidad Autónoma de Nuevo León

Hospital Universitario “José Eleuterio González”

Tesis:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL PACIENTE CONTAGIADO CON SARS-CoV-2”

Nací en Torreón Coahuila el 7 de Septiembre de 1991 del matrimonio de mi padre Rogelio Meraz Chavez y Gregoria Rico Teneyuque a quienes gracias me titule de Medico Cirujano y Partero de la Universidad Autónoma de Coahuila. Actualmente miembro del Colegio de Medicina Familiar del Estado de Nuevo León